

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1968

POUR LE

n°

815

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacqueline CHEVALLIER

née le 3 février 1942, à Paris XV^e

Externe des Hôpitaux.

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

A PROPOS D'UN CAS DE SYNDROME
DE LA VEINE OVARIENNE DROITE.

Président : Mr. ABOULKER, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1968

POUR LE

n°

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacqueline CHEVALLIER

née le 3 février 1942, à Paris XV^e

Externe des Hôpitaux.

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

A PROPOS D'UN CAS DE SYNDROME
DE LA VEINE OVARIENNE DROITE.

Président : Mr. ABOULKER, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

THÈSE

ANNEE 1968

DÉPOSÉE LE 15 JANVIER 1968

Par le Docteur en Médecine
Né le 15 Janvier 1942, à Paris XVI
Interne des Hôpitaux

A PROPOS D'UN CAS DE SYNDROME
DE LA VIEUX OVARIEENNE DROITE



Président : M. ALFRED, Professeur

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.
 1^{er} ASSESSEUR } Daniel BARGETON
 2^e ASSESSEUR } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale
Thérapeutique
Thérapeutique appliquée

MM.
N...
LAMOTTE (M.)
N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie
Anatomie anthropologique
Anatomie pathologique
Bactériologie
Biochimie médicale
Biologie médicale
Parasitologie
Pathologie expérimentale
Physiologie

Physique médicale

Radiologie médicale

GABROL (Ch.)
OLIVIER (G.)
HEZELOF (Ch.)
BARBIER (P.)
DREYFUS (J.-Cl.)
BOURLIÈRE (F.)
LARIVIÈRE (M.)
LOEPER (J.)
(DEJOURS (P.)
SCHERRER (J.)
(KELLERSHOHN (L.)
GOUGEROT (L.)
ROUCAYROL (J.-Cl.)
TUBIANA (M.)
FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)
Clinique cardiologique (Broussais)
— — (Boucaut)

Cliniques chirurgicales
 Beaujon
 Cochin
 Hôtel-Dieu
 Saint-Antoine
 Salpêtrière
 Tenon

Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)
 — — — (Foch)
 — — — (Beaujon)

Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)
Clinique endocrinologique (Pitié)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)
Clinique des maladies du sang (Broussais)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)

Cliniques médicales
 Bicêtre
 Broussais
 Cochin
 Hôtel-Dieu
 Pitié
 Saint-Antoine
 Saint-Antoine
 Saint-Antoine

DENOIX P.
REDON (M.)
SOULIÉ (P.)
LENÈGRE (J.)
LORTAT-JACOB (J.-L.)
BAUMANN (J.)
LEGER (L.)
PATEL (J.)
GOSSET (J.)
SICARD (A.)
OLIVIER (Cl.)
MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
PADOVANI (P.)
CAUCHOIX (J.)
FÈVRE (M.)
DUBOST (Ch.)
MATHEY (J.)
DUPERRAT (F.)
DECOURT (J.)
LAMY (M.)
HUGUIER (J.)
DEGOS (R.)
TURPIN (R.)
MOLLARET (P.)
DELAY (J.)
BERNARD (J.)
CASTAIGNE (P.)
DEPARIS (M.)
MILLIEZ (P.)
N...
BARIÉTY (M.)
DREYFUS (G.)
CONTE (M.)
KOURILSKY (R.)
BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque Saint-Antoine
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MERGER (R.)
— (Cochin)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	OFFRET (G.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BREGEAT (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	THIEFFRY (S.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	BROUET (G.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	MICHAUX (L.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÈZE (S. de)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DECHAUME (M.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	ROUX (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	GAULTIER (M.)
— (Necker)	JUDET (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	ABOULKER (P.)
Sémiologie médicale (A. Chantén)	COUVELAIRE (R.)
— (Lariboisière)	LAPLANE (R.)
— (Pitié)	DOMART (A.)
— (Rothschild)	BOUVRAIN (Y.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	RAMBERT (P.)
	WOLFROMM (R.)
	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
Hydrologie et climatologie	BOUSSER (J.)
Maladies infectieuses	GIBERTON (A.)
	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phthisiologie	KREIS (E.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM		MM.
Anatomie pathologique . . .	GOUYEROU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

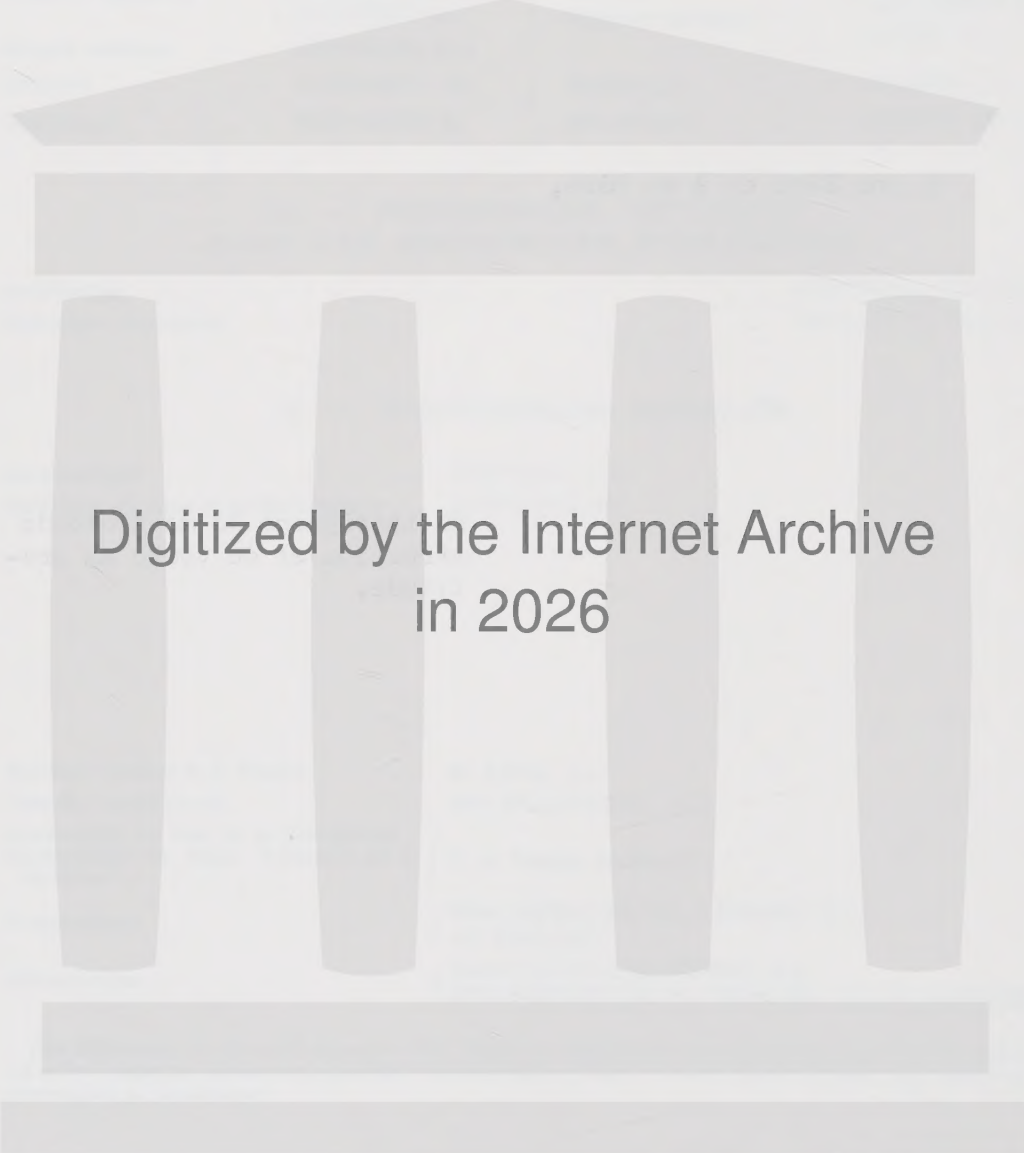
Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique . .	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque .	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père et à ma Mère,

En témoignage de ma profonde
affection et de toute ma gra-
titude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549931_0063

A Monsieur le Professeur ABOULKER
Professeur de Clinique Urologique
Chirurgien de l'hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Chirurgie.

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur G. ARVIS
Chef de Clinique à la Faculté,

Qui nous a aidé dans la réalisation
de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
gratitude.

A Monsieur le Docteur NICOLAS

Chef de Service à l'Hôpital de Bobigny

Dont nous avons été longtemps l'élève.

En remerciement pour le précieux enseignement qu'il nous a prodigué.

A mes Maîtres d'Externat

Monsieur le Professeur GOSSET

Monsieur le Professeur BOUDIN

A Madame DELAHAYE-PLOUVIER
Professeur Agrégé d'Anesthésie

En remerciement de son enseignement.

INTRODUCTION

Parmi toutes les causes de compression urétérale, il en est une peu fréquente, mais intéressante à connaître chez la femme, car elle s'observe presque toujours en cours ou dans les suites immédiates d'une grossesse.

C'est le syndrome de la veine ovarienne droite, qui a été décrit pour la première fois par CLARK en 1964.

Depuis cette date, un certain nombre d'autres observations ont été rapportées.

Nous décrivons ci-après un cas, que nous avons observé en 1966 à l'Hôpital St Antoine de Paris - dans le service de Monsieur le Professeur ABOULKER.

oOo

HISTORIQUE

- HYAMS, en 1929, aux Etats Unis, décrit pour la première fois un cas de compression urétérale par une artère de situation anormale.

- CAMPBELL, en 1936, aux Etats Unis également, rapporte dans la revue "Clinical Surgery", les résultats opératoires d'interventions tentées sur 18 enfants (le plus jeune âgé de 14 mois), pour vaisseaux aberrants, surtout artériels, comprimant l'uretère.

D'après ses statistiques, les malformations concernaient surtout le sexe féminin et le côté gauche.

- GREENE, FRISTLEY et SIMON publient en 1950, 2 observations faites à la Mayo Clinic.

La première concerne un homme de 24 ans, traité depuis 8 ans pour coliques néphrétiques gauches.

L'U.I.V. et l'U.P.R. révèlent une urétéro-hydronéphrose, la dilatation ne respectant que les derniers centimètres de l'uretère gauche.

A l'intervention, on découvrit plusieurs artères allant de la paroi pelvienne à la vessie. Elles furent réséquées. La guérison fut totale.

Dans la deuxième, l'obstacle se trouvait à quelques centimètres en dessous du détroit supérieur, il était vasculaire, à nature non précisée. La section de la bride donna aussi un bon résultat.

- GREENE, PRISTLEY et SIMON soulignent que :

Les compressions de l'uretère par vaisseau de situation anormale s'effectuent en règle au niveau de la jonction urétéro-pyélique. Elles seraient inhabituelles au dessous de la jonction urétéro-pyélique.

Ils ne donnent aucune interprétation pathogénique.

- CHARLET L., GILENT S., GERDIL R. rapportent en 1955, deux observations identiques :

La première concerne la compression de l'uretère gauche, chez un homme, par une artère allant de la paroi pelvienne à la cuisse, et occasionnant une urétéro-hydronéphrose gauche,

La deuxième concerne également un homme dont l'uretère était bridé par une artère.

- VAN KEEBERGER, en 1961, parle le premier de "maladie de l'uretère droit" Il s'agit d'une compression urétérale par des vaisseaux embryonnaires atrophiés, en particulier la veine cardinale postérieure.

Cette malformation serait extrêmement fréquente et constituerait un cas intermédiaire entre l'uretère en situation normale et l'uretère rétro-cave.

- MOONEN, en 1963, décrit 8 cas de maladie de l'uretère droit, mais contrairement à VAN KEEBERGER, il pense que la maladie de l'uretère droit est secondaire à un processus infectieux, dont l'origine lui semble être principalement appendiculaire.

Ainsi la plupart des cas rapportés concernaient aussi bien les hommes que les femmes et portaient sur des compressions aussi bien artérielles que veineuses.

Ce n'est qu'en 1964, que CLARK, aux Etats Unis, décrit un syndrome différent des précédents, puisqu'il concerne uniquement la femme et la compression de l'uretère par les veines.

En faisant la synthèse de 130 cas observés depuis 1945, CLARK donne à ce syndrome le nom de syndrome de la veine ovarienne droite.

Depuis, seul BLUM en 1965, et pour la première fois en France, a rapporté une quinzaine de cas : ses observations corroborent celles de CLARK.

Nous commenterons ci-après un certain nombre de ces observations, et nous rapporterons un cas analogue observé dans le Service du Professeur ABOLKER.

oOo



PHOTO I.

U.I.V. (15 mn)
26.10.66.



PHOTO II.

U.P.R.
14.10.66

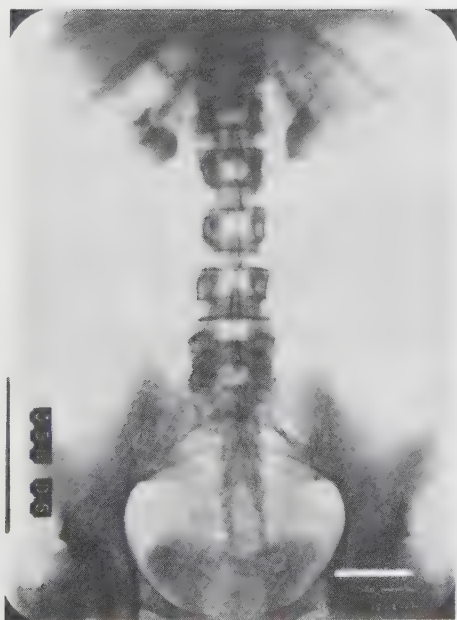


PHOTO III.

U.I.V. post-opératoire (20 mn)
15.2.67.

OBSERVATION

Madame C..... Solande, née le 15.7.1937, Concierge de Lycée, est admise dans le service le 10.11.1966 pour violentes douleurs lombaires droites.

Elle s'est mariée à 21 ans et a eu deux accouchements :

- le premier en 1961,
- le second en 1963.

Dans les antécédents, on relève seulement une appendicectomie en 1954.

Ses ennuis remontent à la naissance du deuxième enfant (c'est-à-dire il y a 2 ans et demi) :

Ils se présentent de la façon suivante :

- cystite : brûlures mictionnelles, pollakiurie, pyurie,
- sensations de pesanteurs lombaires droite ou gauche, avec prédominance à droite.
- crises douloureuses aiguës de type colique néphrétique, siégeant dans la région lombaire droite, irradiant vers la cage thoracique droite, la fesse et la cuisse droite.
- jamais d'hématurie.

Mais depuis deux mois, les crises sont devenues continues, avec

paroxysmes intenses.

Fait important, les urines sont claires, sans germes.

Une U.I.V. pratiquée en septembre 1966 (2 mois auparavant) montre

- un délai de sécrétion normal,
- l'absence de lithiase,
- une dilatation pyélique bilatérale.

L'U.I.V. effectuée dans le service, en octobre 1966, fait apparaître

- une dilatation pyélo-calicielle bilatérale à prédominance droite,
- l'uretère n'est jamais visible en dessous de l'aileron sacré.

L'U.P.R. droite montre un aspect dilaté, flexueux, de l'uretère supérieur, barré au niveau de l'aileron sacré droit avec une clarté en bande, nette, régulière, haute de 1 cm environ et oblique en bas et en dehors.

Au dessous, et notamment sur les clichés d'évacuation, l'uretère est normal.

On pose le diagnostic de compression urétérale par veine ovarienne dilatée.

La recrudescence de la symptomatologie fonctionnelle depuis 2 mois, sans pyurie et sans lithiase, l'aspect radiologique et le fait même d'évoquer une telle étiologie, aurait dû nous faire vérifier l'existence ou non d'une grossesse, même niée par la malade, une simple R.B.G. aurait suffi .

Intervention le 15.11.66 :

- Intervention - Compte rendu opératoire :

Incision iliaque droite. On refoule le péritoine, et on est conduit sur l'uretère.

Celui-ci apparaît dilaté et flexueux dans sa partie haute, de calibre normal, et plus tonique dans sa partie basse.

La séparation entre ces deux portions est marquée par le passage d'une grosse veine ovarienne qui croise l'uretère de dehors en dedans qui, en bas, se termine au pôle supérieur de l'ovaire, et qui, en haut, se dirige obliquement en dedans, semblant se terminer dans la veine rénale droite, et non pas dans la veine cave.

Les ondulations péristaltiques passent d'une portion à l'autre.

On ne sent aucun obstacle à l'intérieur de l'uretère, et on ne perçoit aucun autre élément de compression extrinsèque.

Résection de cette veine ovarienne.

Une lame de drainage.

Réfection de la paroi plan par plan au cat gut.

Soit et agrafes sur la peau.

- Compte rendu histologique

L'examen histologique permet de retrouver sur les prélèvements longitudinaux et transversaux une veine musculaire assez épaisse, présentant une limitante élastique interne assez bien individualisée.

Il n'existe pas de signes de dystrophie, ni de sclérose. Les fibres élastiques ne sont pas tronçonnés, on ne retrouve pas de signes inflammatoires.

- En conclusion -

Il s'agit donc d'une veine ovarienne normale.

- Suites opératoires

Bonnes - les douleurs ont disparu.

Sort du service le 31.1.67

Il est à noter que 15 jours après l'intervention, la malade a présenté des métrorragies. Une R.B.G. pratiquée, à ce moment, a confirmé l'existence d'une grossesse que l'examen clinique pouvait évaluer à 3 mois 1/2 environ.

L'avortement spontané est survenu le 6.1.67, soit 7 semaines après l'intervention.

oOo

PATHOGENIE

En vue de fournir une interprétation pathogénique du syndrome de la veine ovarienne droite, nous allons tout d'abord envisager l'embryologie des veines du bassin par rapport aux canaux de WOLFF, qui deviendront les uretères.

A cet effet, nous nous sommes inspirés des travaux exposés dans la thèse de R. SESBOUE (1952) et de celle de F. ROUJAS (1965).

Nous rappellerons ensuite brièvement l'anatomie de l'uretère et des veines ovariennes, en insistant sur les modifications subies par ces organes lors de certaines circonstances, telle que la grossesse ou la menstruation.

oooo

A - EMBRYOLOGIE

du système veineux par rapport à l'uretère.

1 - Chez l'embryon de 4 à 10 mm

Le plan veineux de base est symétrique. Il est formé de deux groupes de veines droit et gauche, anastomosés au niveau du sinus veineux.

a) - Le système cardinal postérieur, en situation latérale, constitué par deux volumineuses veines, symétriques, drainant tout le sang de l'extrémité caudale de l'embryon et recevant,

b) - Les veines subcardinales, paires et symétriques, mais moins volumineuses et en situation médiane.

2 - Dans le 2e temps

Une anastomose inter-subcardinale se forme, elle constituera la voie essentielle du retour du sang veineux gauche au coeur et ce par le côté droit.

L'anastomose iliaque entre les cardinales postérieures apparaît, réalisant une 2eme voie de détournement vers la droite, du sang veineux caudal gauche.

Ceci aboutit ainsi à une perte de symétrie du système vasculaire et à l'apparition du rôle prédominant des veines situées du côté droit.

A ce stade l'appareil uro-génital n'est représenté que par le mésonéphros qui s'ouvre dans le cloaque par le canal de WOLFF et dont la destinée sera purement génitale.

3 - Dans la 3eme temps

La face dorsale de la partie droite inférieure du canal de WOLFF émet un bourgeon, le bourgeon urétéral, qui s'élargit à son extrémité libre et s'isole bientôt du canal de WOLFF.

Son extrémité libre s'accroît, se renfle et se dirige vers le tissu métanéphrogène de la région sacrée qu'elle rencontre presque immédiatement.

Elle envoie des prolongements supérieurs et inférieurs qui formeront les grands calices.

Dans le même temps, apparaît le système veineux supra cardinal lombaire qui naît des cardinales postérieures au niveau de l'anastomose.

Ainsi se trouve réalisés 3 grands systèmes veineux :

- un latéral : système cardinal postérieur,
- un central : système subcardinal,
- un dorsal : système supra cardinal.

Mais ces systèmes veineux subissent des modifications :

- atrophie progressive de la cardinale postérieure gauche,
- importance croissante des anastomoses intersubcardinales ainsi que de la portion caudale de la cardinale postérieure droite.

Ainsi commence à se dessiner l'anneau veineux que le rein définitif aura à traverser pendant sa migration de la région sacrée vers la région lombaire.

4 - Dans le 4eme temps :

On observe une fusion étroite des subcardinales et des supra cardinales sur la ligne médiane.

Une atrophie des veines cardinales postérieures (la cardinale postérieure gauche disparaît la première) formant le bord externe de l'anneau et libérant l'uretère qui devient latéro-cave.

La veine cave est donc formée de bas en haut de trois tronçons principaux qui correspondent aux trois éléments embryologiques :

- de la confluence des veines iliaques communes, ancienne anastomose iliaque : système cardinal postérieur,
- au dessous de l'abouchement des veines rénales : système subcardinal droit.
- au dessus de l'abouchement des veines rénales : système subcardinal.

Tout au long de ce développement, des malformations peuvent se produire, la plus connue conduisant à la formation d'un uretère rétro-cave; mais il est également fréquent de voir des malformations veineuses dans le territoire des vaisseaux péritonéaux.

- KOLISKO signale une double veine rénale de chaque côté,
- JACOBSON, dans un cas, note que la veine génitale droite s'abouche dans la veine rénale droite.

- PALAZZI, RACHED, SANCHEZ et PERICON auraient été les seuls à trouver un confluent veineux iliaque d'origine de la veine cave, en position pré artérielle.

- ABESHOUSE et TANKIN ont ainsi remarqué que des sujets ayant une veine cave inférieure normalement développée, peuvent présenter des variations anatomiques :

- . de la terminaison des veines lombaires,
- . de l'origine de l'azygos,
- . de l'hémiasigos inférieure gauche.

A côté de ces anomalies veineuses, on peut observer également des anomalies artérielles et nous citerons seulement la possibilité :

- . d'artères rénales accessoires à droite,
- . d'une origine anormale des artères spermatiques.

B - ANATOMIE

1 - La veine ovarienne normale (d'après ROUVIERE et DIEULAFE)

Les branches d'origine de la veine ovarienne sont constituées par le plexus pampiniforme, formé par l'union des veines utérines, tubaires et ovariennes.

Il y a là, selon FARABEUF, trois veines plexiformes :

- une exclusivement salpingienne, qui reçoit des rameaux correspondant au territoire de l'artère tubaire externe, c'est-à-dire des franges et du pavillon,
- une énorme, utérine, faiblement grossie des veinules du ligament rond, et des veines internes et moyennes de la trompe, correspondant aux branches et aux arcades des artères tubaires moyennes et tubaires utérines,
- une ovarienne, qui reçoit les veines du hile ovarien et aussi des rameaux venus du fond de l'utérus.

Le plexus pampiniforme qui naît de l'union de ces vaisseaux, est constitué par de larges canaux qui diminuent en capacité totale et en nombre à mesure qu'ils s'éloignent de leurs origines.

La veine ovarienne qui leur fait suite atteint la veine cave à droite et la veine rénale à gauche.

Durant tout son trajet, la veine ovarienne accompagne l'artère du même nom.

Elle sort de la partie inférieure du hile de l'ovaire, glisse devant le mésovarium, suit le ligament utéro ovarien, elle chemine entre le péritoine

et le fascia iliaca en croisant l'artère iliaque externe, puis, arrivée à la bifurcation de l'artère iliaque primitive, elle monte en dehors de l'uretère et croise sur le psoas la face antérieure de celui-ci.

Ce croisement se ferait, d'après ROUVIERE, au niveau de la 3^{eme} vertèbre lombaire pour la veine ovarienne droite, beaucoup plus haut, au voisinage du pédicule rénal pour la veine ovarienne gauche.

La veine ovarienne droite chemine ensuite dans l'abdomen, en arrière du péritoine et des artères coliques droites et inférieures, en avant de la veine cave inférieure (quelquefois en arrière de ce vaisseau) en avant du psoas et du fascia iliaca.

La veine ovarienne gauche répond en avant au péritoine, au colon ilio pelvien et aux artères coliques gauches, en arrière au psoas et au fascia iliaca.

- Anomalies -

Après avoir croisé l'uretère, elle monte parallèlement à celui-ci, avec de nombreuses branches communiquant avec la veine cave; au niveau du pôle inférieur du rein elle peut croiser l'uretère à nouveau et se jeter dans la veine rénale droite.

Quelques veines ovariennes se diviseraient à ce niveau, avec une branche allant à la veine cave et l'autre à la veine rénale droite. Des observations identiques ont été faites par TRAER et DEWALZ.

FRAPPIER signale que l'anomalie la plus fréquente consisterait dans la multiplicité des abouchements. Il y a alors 2, 3 et même 4 troncs terminaux.

De plus, les veines ovariennes ne sont pas valvulées et cela favorise les dilatations sous forme de varicocèles ovariens ou pelviens. Il existe cependant une valvule ostiale à droite (BRIWTOW). THEILE et HENLE ont

trouvé parfois des valvules sur le trajet de la veine droite ou même sur la veine gauche.

2 - Modifications de la veine ovarienne au cours de la grossesse :

CLARK, après avoir étudié l'anatomie de la veine ovarienne au cours d'autopsies ou lors d'interventions chirurgicales, précise que les modifications de trajet ou de la taille de la veine sont très fréquentes, en particulier lors de la grossesse.

Ils donnent aux veines présentant ces anomalies le nom de "veines aberrantes".

D'après lui, la veine aberrante croise l'uretère environ au niveau de la 5^{ème} lombaire, elle peut être aussi large que le pouce et forme très fréquemment des plexus constitués de 3 à 8 branches séparées.

Sous l'influence de la grossesse, et à un degré moindre, entre l'ovulation et la menstruation, le volume des veines augmente. Cette augmentation serait attribuée à une faiblesse spéciale des parois lors de la grossesse (DIEULAFE).

J. CLARK ayant effectué une néphrectomie droite pour papillome, en 1946, chez une femme enceinte, dit avoir été très étonné du degré d'augmentation de volume de la veine ovarienne.

Le calibre peut être uniformément dilaté ou bien être le siège d'ectasie variqueuse segmentaire.

CLARK signale qu'il a souvent observé que la veine ovarienne avait atteint la même taille que la veine iliaque.

Cette augmentation de calibre peut, cependant, se produire dans d'autres cas, en particulier quand une tumeur comprime les vaisseaux.

TILLAUX, opérant un gros fibrome, signale avoir trouvé dans le ligament large gauche un cordon violacé du volume de l'intestin grêle et qui était un énorme vacirocèle des veines utéro ovariennes.

3 - L'uretère normal :

Nous ne nous étendrons pas sur l'anatomie bien connue de l'uretère. Rappelons simplement qu'il pénètre dans le bassin après avoir croisé les vaisseaux iliaques externes près de leur origine et que, radiologiquement, il se projette, de face, en avant des apophyses costiformes lombaires et, de profil en regard de l'ombre des corps vertébraux.

4 - L'uretère au cours de la grossesse :

L'uretère se modifie de façon physiologique au cours de la grossesse.

Les modifications radiologiques de la voie excrétrice constituent la "triade de CHEVASSU".

- dilatation pyélique,
- coudure en S de l'uretère sous rénal,
- dilatation en fuseau de l'uretère lombaire.

Ces déformations correspondent à la compression par la tête foetale au niveau du détroit supérieur. Elles siègent ou prédominent à droite. Elles favorisent l'infection par le colibacille.

Le retour à la normale après la grossesse est pour les uns presque immédiat, pour les autres tardif et incomplet dans un tiers des cas.

En effet, après la grossesse, semblent persister des stigmates uré-
téraux :

- légère dilatation en fuseau de l'uretère lombaire,
- léger rétrécissement au détroit supérieur
- uretère pelvien un peu dilaté et sinueux dans un tiers des cas.

Ces lésions, bien que discrètes, et pouvant ne siéger que du côté droit, seraient quasi constantes et on les retrouverait presque toujours sur une bonne U.P.R. après un accouchement.

De BEAUFOND, en 1936, a recherché quelle était l'origine de ces modifications de l'uretère au cours de la grossesse.

Il a écarté la théorie mécanique pure (compression) "l'utérus gravide avec son foetus ne saurait être assimilé au fibrome isthmique inerte".

La théorie dynamique pure associant l'action sur l'uretère des hormones et les modifications biochimiques du sang et de l'urine est à écarter également, car il est difficile d'admettre que l'utérus gravide n'ait aucune action directe sur l'appareil excréteur.

De BEAUFOND, partisan d'une théorie mixte, fait intervenir la pression de l'utérus gravide sur l'uretère, devenu complaisant à l'égard de cette pression.

Il décrit ainsi ce qu'on appelle "la théorie de l'atonie potentielle physiologique". Il suppose cette adaptation en relation avec l'évolution des hormones.

La dilatation urinaire gravidique serait d'ailleurs, d'après de BEAUFOND, à l'origine du plus grand nombre des ptoses rénales.

DISCUSSION

A la lumière de ce qui précède, nous voyons qu'il y a deux éléments à considérer dans la pathogénie de cette affection :

- l'uretère,
- la veine ovarienne.

Nous venons de voir qu'ils subissaient tous les deux des modifications sous l'effet de la grossesse :

- dilatation de l'uretère,
- augmentation de volume de la veine ovarienne.

Cependant les modifications quasi constantes subies par ces organes ne suffisent pas à expliquer le syndrome de la veine ovarienne, qui est rare.

Un autre élément intervient donc et cet élément semble être une malformation possible de la veine ovarienne.

Dans les conditions normales, l'augmentation de volume de la veine ovarienne ne présente pas de conséquences très constantes.

Mais si elle a un trajet anormal, en cas d'abouchement dans la veine rénale droite, par exemple, ce qui est précisément le cas de l'observation que nous avons rapportée, la veine ovarienne ne croisera pas l'uretère au niveau de L 3, comme elle le fait normalement, mais à un autre niveau.

L'étiologie du syndrome serait donc la compression de l'uretère par une veine ovarienne dilatée et de trajet anormal.

D'après CLARK, et en considérant les observations précédentes, nous voyons que les symptômes se produisent presque toujours lorsque le croisement se trouve au niveau de S 1. Or, ce niveau est précisément celui où l'uretère se trouve croisé par l'artère iliaque externe en arrière.

L'uretère se trouve alors enserré dans une pince vasculaire, constituée par l'artère iliaque externe, en arrière, et la veine ovarienne augmentée de volume, en avant. On conçoit donc que pendant et immédiatement après la grossesse, au cours de laquelle les veines acquièrent un volume anormal, l'uretère soit comprimé et le transit urinaire perturbé.

Cette compression pathologique se traduit, quand elle est prolongée ou répétée, par une différence de calibre, définitive et irréversible, entre les portions de l'uretère situées au dessus et en dessous de l'endroit où s'exerce la compression.

BLUM, après avoir étudié plusieurs cas en radiocinéma ou à l'amplificateur de brillance, dit avoir vu très nettement le cystoïde lombaire buter contre la pince vasculaire, marquer un temps d'arrêt, puis passer l'obstacle.

D'autres questions peuvent se poser dans la pathogénie de cette affection : par exemple pourquoi ce syndrome de la veine ovarienne apparaît-il presque toujours à droite (95 % des cas d'après CLARK).

Il semble que la disposition de la veine ovarienne soit en cause. En effet, nous avons vu que le syndrome se produisait généralement lorsque la veine ovarienne augmentée de volume, croisait l'uretère au même niveau que l'artère iliaque externe, c'est-à-dire de S 1 (la hauteur de croisement général de la veine et de l'uretère étant en L 3. Or, l'uretère gauche étant plus postéro-interne que le droit, le croisement de la veine ovarienne aberrante et de l'uretère gauche se produit beaucoup plus haut au niveau du pédicule rénal et non de l'artère iliaque.

BLUM fait jouer également un rôle à la dextroposition de l'utérus lors de la grossesse ?

Ceci ne nous paraît pas avoir une importance prédominante, la compression étant veineuse et non pas utérine.

- Rapport du syndrome avec la pyélonéphrite gravidique -

Il est intéressant de constater que le syndrome de la veine ovarienne survient du même côté que la pyélonéphrite de la femme enceinte, c'est-à-dire à droite.

On a longtemps pensé que la pyélonéphrite de la grossesse était due à une influence hormonale, mais en 1960, R. HICKEL et P. VAUZANGE ont nié l'existence d'une hormone dont l'action de dilatation s'exercerait électivement sur les cavités rénales et l'uretère, et, s'appuyant sur un certain nombre d'arguments, ont invoqué une compression urétérale.

En effet, lors de la pyélonéphrite :

- l'uretère pelvien, contrairement à l'uretère lombaire, n'est jamais dilaté,
 - les troubles apparaissent à partir du 4ème mois de la gestation,
 - les lésions peuvent disparaître 15 jours après l'accouchement,
- ou persister définitivement,
- radiologiquement, on retrouve les images traduisant une obstruction des voies excrétrices.

On peut se demander dans quelle mesure cette pyélonéphrite ne pourrait avoir pour origine la compression par la veine ovarienne constamment dilatée lors de la grossesse et non pas une compression utérine comme le pensent HICKEL et VAUZANGE.

En effet, la preuve de la compression urétérale est difficile à faire car on est avare d'examens radiologiques pendant la grossesse. L'urographie ne peut être demandée que lorsque les signes sont très accentués et la grossesse avancée.

La dilatation de la veine ovarienne semblant constante, elle paraît la plupart du temps n'entraîner que des troubles mineurs à type de pyélonéphrite droite, mise sur le compte, habituellement, du déroulement normal d'une grossesse.

De plus, CLARK a remarqué que la disparition de la dilatation pyélique et urétérale survient 6 à 8 semaines après un accouchement normal. A l'inverse, chez des femmes ayant subi l'ablation de la veine ovarienne droite au cours de la grossesse (2 derniers mois) le calibre de la voie excrétrice droite revient à la normale 5 jours après l'accouchement.

Ceci donnerait donc à penser que la veine ovarienne dilatée comprimerait constamment l'uretère droit lors de la grossesse.

CLINIQUE

La date d'apparition de la symptomatologie est variable. Si chez la plupart des malades, elle apparaît dès la première grossesse, chez d'autres, elle ne survient qu'après un ou deux accouchements.

Dans la majorité des cas, les premiers signes se sont manifestés dès la première grossesse. Mais ils peuvent être peu marqués et c'est leur persistance après l'accouchement qui inquiètent la malade.

Ils peuvent survenir à n'importe quel moment lors de la grossesse, soit précocement au cours du 3ème mois, soit beaucoup plus tard à partir du 8ème mois. Chez la majorité des malades cependant les premiers signes cliniques apparaissent vers le 4ème mois.

Les principaux signes cliniques sont essentiellement :

- la douleur,
- la pyélonéphrite.

1 - La douleur :

C'est de loin le symptôme le plus fréquent (on le retrouve en effet dans la quasi totalité des cas).

Le plus souvent il s'agit :

- de lombalgies droites, siégeant principalement dans l'angle costo-vertébral,

- quelquefois bilatérales avec prédominance à droite.

Elles peuvent être d'intensité variable :

- parfois atténuées, à type de pesanteur lombaire,
- souvent violentes, entraînant la recherche de position antalgique,
- quelquefois sur un fond de lombalgie permanente surviennent des crises de colique néphrétique.

Cette douleur lombaire est presque toujours associée à une douleur de la fosse iliaque droite avec irradiation dans la partie antéro-latérale de la cuisse jusqu'au genou.

CLARK a remarqué qu'une amélioration de la douleur pouvait être obtenue en faisant coucher la malade sur le côté gauche et en lui faisant adopter une position penchée. A ce moment en effet la veine se dégage légèrement de l'uretère et soulage donc la compression.

2 - La pyélonéphrite est extrêmement fréquente (75 % des cas)

C'est le tableau classique de la pyélonéphrite gravidique associant :

- douleur lombaire droite et radiations iliaques,
- fièvre aux alentours de 39 - 40°, accompagnée de frissons,
- pollakiurie, brûlures mictionnelles, urines troubles,
- pyurie à germes banaux (colibacille).

Après la grossesse, les symptômes deviennent plus trainants, à type de pesanteur lombaire (s'accroissant entre l'ovulation et la menstruation) avec apparition de crises intermittentes de pyélonéphrite aiguë ou cystite.

De plus, ces malades se plaignent de douleur accrue à la station debout prolongée.

- L'examen clinique -

Montre parfois un rein droit sensible, ainsi que, le plus souvent, une douleur à la palpation dans l'angle costo lombaire ou de la fosse iliaque droite.

Parfois cet examen n'apporte aucun renseignement.

Quant aux urines, elles peuvent être :

- normales,
- stériles mais albuminuriques,
- pyuriques.

Au total, on voit que la symptomatologie clinique du syndrome de la veine ovarienne n'a rien de très spécifique. Très souvent les signes cliniques sont mis sur le compte du déroulement d'une grossesse normale, et leur persistance après l'accouchement, décide, seule, la malade à consulter et faire pratiquer une U.I.V. qui fera la preuve de l'affection.

RADIOLOGIE

L'indication de la radiographie soulève quelques problèmes :

- en dehors de la grossesse, son indication est assez facile. Encore faudrait-il la rendre systématique chez les femmes présentant des infections urinaires à répétition. Peut être convient-il de la faire le plus près possible de l'accouchement, quand les dispositions veineuses sont encore peu modifiées.

- pendant la grossesse, l'indication est beaucoup plus difficile, en raison du danger de l'irradiation pour le fœtus.

Il est certain qu'il faut s'abstenir de toute radiographie dans les 2 premiers trimestres de la grossesse.

En effet, la période la plus dangereuse est celle qui va de la 2ème à la 6ème semaine, d'autant plus qu'on ignore la grossesse. A ce stade la sensibilité du fœtus est telle qu'une dose de 1 rad serait susceptible de déterminer des malformations importantes de l'embryon ou même sa résorption (RUGH).

Entre 1 mois et six mois, on peut observer des troubles du développement, en particulier système nerveux et gonades.

L'embryon devient beaucoup moins sensible après six mois.

Dans le 3ème trimestre, la persistance de la pyurie, l'importance de la douleur, la répétition des crises de pyélonéphrite, conduisent à demander l'examen radiographique, surtout si l'on utilise la technique conseillée par CLARK.

Impression des films avec un rayonnement dur, entraînant des temps de pose plus courts et des doses (en rads) plus faibles, ce qui diminue le risque d'exposition de l'embryon.

CLARK, qui a utilisé cette technique dans une centaine de cas, n'a jamais constaté de malformations après l'accouchement.

L'urographie intra veineuse ne suffit généralement pas à donner la preuve de l'affection et on est obligé la plupart du temps de recourir à l'uré-téro-pyélographie rétrograde.

- L'UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE

Elle sera toujours précédée d'un cliché simple.

Après injection du produit opaque, on pourra juger :

- sur les premiers clichés (cinq à dix minutes) de la valeur fonctionnelle du rein : rapidité de la sécrétion, et tonalité de l'image,
- sur les clichés ultérieurs de la morphologie des cavités rénales et de l'uretère supérieur.

Après décompression, il faudra multiplier les clichés tardifs pour saisir l'image de l'uretère dans ses deux tiers inférieurs, on le verra d'ailleurs très rarement en entier.

- normalement, de face. L'uretère descend parallèlement à la colonne vertébrale, puis se rapproche peu à peu des corps vertébraux et croise l'apophyse costiforme de L 5 à peu près en son milieu. Il franchit ensuite le détroit supérieur et se dirige vers la veine en décrivant une large boucle à concavité interne qui le rapproche de l'épine sciatique.

Pendant la grossesse, l'aspect est un peu modifié

- calices et bassinets paraissent dilatés,
- le trajet de l'uretère paraît refoulé en dehors (image en "lyre").

- l'uretère lombaire dilaté dessine un "fuseau" (CHEVASSU).

La lecture des clichés est difficile, il faut penser à la maladie et rechercher une asymétrie dans les aspects radiologiques des 2 reins :

- retard à l'évacuation du rein droit,
- fuseau lombaire plus volumineux à droite,
- aspect sinueux et "pseudo-variqueux" de l'uretère lombaire,
- défaut d'imprégnation constant sur tous les clichés entre les parties lombaires et pelviennes de l'uretère, à hauteur de l'aileron sacré,
- accessoirement, un rein en situation basse.

Il est nécessaire de faire une urétéro-pyélographie rétrograde avec les précautions d'aseptie rigoureuse et une antibiothérapie de couverture pour avoir une image totale de l'uretère.

CLARK, en injectant le produit opaque, jusqu'à ce que la malade ressente une douleur ou une sensation de pression dans le dos, remarque que, dans la plupart des cas, 16 à 44 cc de produit peuvent être injectés avant que se plaigne la malade. Il existe donc une dilatation pyélo calicielle à peu près constante.

L'U.P.R. montre un arrêt de la progression du liquide opaque vers la partie moyenne de l'uretère. Mais en poussant avec un peu plus de force, on obtient un passage dans la voie excrétrice supérieure.

L'image de compression se traduit alors par :

- une différence de calibre importante entre les deux parties lombaires et pelviennes de l'uretère : l'uretère pelvien a un calibre sensiblement normal, alors que l'uretère lombaire est dilaté,

Dans un cas, on a même trouvé un calcul :

- entre les deux portions de l'uretère, il existe un manque ou une image de l'uretère de faible opacité, à direction oblique en bas et en dehors, à hauteur de l'aileron sacré. Ce manque urétéral (image "en gouttière")(BLUM) traduit la compression vasculaire.

BLUM parle de la possibilité de la phlébographie ovarienne. Mais il n'en rapporte aucune image. D'ailleurs son utilité paraît contestable, puisque l'U.P.R. suffit à assurer le diagnostic.

oOo

THERAPEUTIQUE

La thérapeutique devra tenir compte de trois problèmes :

- la compression,
- la grossesse,
- la "ptose" (?)

En dehors de la grossesse, si la symptomatologie est accentuée.

a) - Si les troubles sont sévères et si la malade n'est pas enceinte, l'intervention chirurgicale s'impose.

On procède à une excision de la veine ovarienne entière, y compris ses collatérales.

Après incision iliaque, on découvre l'uretère lombaire par voie rétro-péritonéale, jusqu'au croisement des vaisseaux.

Il faut souligner que cette ablation de la veine ovarienne n'a aucun inconvénient pour l'ovaire.

CLARK préconise, dans le cas où la malade présente une "ptose" rénale associée, la voie d'abord lombaire de manière à pratiquer une néphropexie.

Dans les autres cas, il pratique une incision abdominale dont le centre se trouve au niveau de l'épine antéro-supérieure de l'os iliaque.

Il recommande particulièrement la voie lombaire, qui permet d'exciser toutes les branches de la veine, car il peut exister une compression de l'uretère, à un niveau supérieur, par des veines secondaires.

L'indication d'un traitement chirurgical, de ce qu'on appelle la ptose rénale, nous paraît discutable.

Une fois enlevée la cause de la compression, on peut se demander quel est l'intérêt de la néphropexie, dont les avantages ne sont pas démontrés.

b) - Si la malade est enceinte : 2 éléments entrent en jeu :

- la date du terme,
- l'existence ou non d'une pyélonéphrite associée.

Dans la plupart des cas, le traitement médical symptomatique suffit, en réservant les indications thérapeutiques éventuelles après l'accouchement.

Lorsque les troubles sont plus sévères, douleur continue, colique néphrétique à répétition par exemple, le drainage avec une sonde urétérale, sous couvert d'antibiotique, constitue un premier temps du traitement; le cathéter urétéral doit être poussé avec beaucoup de douceur et de prudence, non seulement au niveau, mais au dessus de la compression.

En effet, d'une part, l'uretère est inflammatoire, dilaté, donc fragile, d'autre part, son aspect sinueux, variqueux, rendent difficile le trajet de la sonde qui peut buter sur la paroi urétérale. Ainsi CLARK écrit qu'il n'est pas possible de pousser le cathéter au delà de 14 cm.

L'écoulement de l'urine par la sonde peut être faible pendant les premiers jours, mais, généralement, après 5 à 7 jours, il égale celui de l'autre rein.

Sous l'influence de ce traitement, la plupart de ces malades vont au terme de leur grossesse sans difficulté.

Elles seront évidemment ~~revues~~ après l'accouchement, de façon à pouvoir poser l'indication opératoire, s'il y a lieu, avant une nouvelle grossesse.

Dans certains cas, l'importance de la symptomatologie est telle que le cathétérisme ne suffit pas à soulager les malades, ou bien la symptomatologie réapparaît dès qu'on enlève le cathéter, mais il est difficile de laisser celui-ci en place jusqu'au terme. Dans ces cas l'intervention s'impose.

Dans l'observation que nous avons rapportée, la radiographie a été effectuée et l'indication opératoire portée, parce qu'on ignorait alors la grossesse, mais l'intervention a été suivie d'avortement.

L'intervention est-elle cause de l'avortement ? Il est à remarquer que l'avortement s'est produit six semaines environ après celle-ci. Ce décalage dans le temps paraît rendre peu probable le fait que l'acte opératoire soit le mécanisme déclenchant de l'avortement. Sont-ce alors les rayons X ? Il est bien difficile de l'affirmer.

On remarque, en outre, que la grossesse n'était guère désirée et que la possibilité de manoeuvres abortives n'est pas à exclure.

- Résultats -

Observe-t-on une régression de la dilatation après suppression de l'obstacle ?

Les différents auteurs ne sont pas très explicites à ce sujet.

"Quand la différence de calibre entre l'uretère supérieur et l'uretère inférieur est très importante, quand on rencontre un vrai sillon de compression, la dilatation de l'uretère supérieur persiste définitivement mais les troubles fonctionnels sont nettement améliorés".

Des enregistrements radiocinématographiques pré et post opératoires objectivent l'amélioration de la vidange pyélique après l'acte opératoire (BLUM).

La malade tire donc un profit certain de son intervention. D'ailleurs, il n'est pas prouvé que les urographies pratiquées à une distance beaucoup plus éloignée de l'intervention ne montrent pas une régression encore plus importante de la dilatation urétérale.

Dans notre observation :

- sur le plan fonctionnel :

Les douleurs avaient complètement disparues. La malade présentait un excellent état général.

- sur le plan radiographique

L'U.I.V. pratiquée 3 mois après l'intervention montre un retard d'évacuation du bassinet droit par rapport au gauche, mais sa forme et sa capacité sont normales. Le calibre de l'uretère situé au dessus de l'ancienne zone de la compression est pratiquement revenu à la normale. La portion de l'uretère située en dessous n'est pas visible, mais est certainement normale.

Une U.I.V. pratiquée en mars 68 montre un uretère pratiquement normal.

CONCLUSIONS

1 - Nous avons rapporté un cas de "syndrome de la veine ovarienne droite",

C'est une maladie sinon rare, du moins de connaissance assez récente, mais dont la fréquence semble croître à mesure qu'on apprend à mieux la dépister.

2 - Dans la plupart des cas, ce syndrome a pour facteur déclenchant la grossesse.

3 - La symptomatologie clinique en est assez univoque, mais peu caractéristique, à type de douleurs et de pyélonéphrite.

4 - Les problèmes radiologiques sont toujours complexes du fait de la grossesse, cependant les examens radiographiques, exécutés avec les précautions que nous avons rappelées, n'ont entraîné aucune anomalie du fœtus.

5 - La cause de la pyélonéphrite de la grossesse, qui apparaît à droite dans 95 % des cas, pourrait être expliquée par la compression de la veine ovarienne dilatée au moment où elle croise l'uretère, pendant la grossesse.

6 - La disparition de la dilatation pyélique et urétérale est beaucoup plus rapide chez les malades opérées pendant la grossesse, qu'après un accouchement normal.

7 - Beaucoup de malades opérées ont eu ensuite des grossesses normales.

8 - On n'a pas enregistré d'accroissement notable des affections de l'ovaire à la suite de l'opération.

oOo

CAS PUBLIES DANS LA LITTERATURE DU SYNDROME DE LA VEINE OVARIENNE DROITE.

1 - BLUM :

Femme de 30 ans, suivie pendant 10 ans pour douleurs droites avec pyurie et poussées de température, 3 accouchements :

- le premier en 1953,
- le second en 1955,
- le troisième en 1958.

Les premiers symptômes de pyélite droite se manifestent en 1955. En 58, après un accouchement, poussées de température avec point lombaire droit.

Une U.I.V. faite le 28.11.58 montre une dilatation du bassinet droit, un siphon sous pyélique, un fuseau lombaire droit et un "arrêt" droit. L'U.P.R. montre un aspect de "defect" de l'uretère droit au niveau de l'aileron sacré droit, à la hauteur de S₁.

Le 22.5.65, intervention - découverte d'une veine ovarienne de calibre anormal et au trajet aberrant, comprimant l'uretère, résection de la veine.

Une U.P.R. de contrôle faite le 8.6.65 montre la disparition de l'image de compression extrinsèque, mais la persistance du fuseau lombaire. Cliniquement la malade est transformée, une nouvelle grossesse est menée à terme sans incident.

2 - BLUM

Femme de 34 ans, présentant des douleurs lombaires droites avec poussées de température, 4 grossesses (1951, 1953, 1955, 1957). Les douleurs remontent à 1953, mais sont accentuées depuis le dernier accouchement. L'U.I.V., 1958, montre : dilatation pyélique, siphon sous pyélique, fuseau lombaire.

L'U.P.R. confirme la compression extrinsèque.

- Intervention -

La veine est accompagnée de l'artère ovarienne, section des vaisseaux.

U.I.V. de contrôle : persistance d'une légère dilatation du bassinet et de l'uretère droit jusqu'en L 5.

La malade ne souffre plus.

3 - BLUM :

Femme de 25 ans, primipare, présentant des douleurs du côté droit après un accouchement. L'U.I.V. montre une compression urétérale au niveau du croisement avec l'iliaque externe.

- Intervention -

Résection de la veine.

L'U.I.V. de contrôle montre une dilatation irréversible de l'uretère.

4 - FRANCK

Femme présentant des douleurs lombaires droites après un accouchement, l'U.P.R. montre une empreinte vasculaire.

On n'a aucun renseignement sur l'évolution de la lésion.

5 - BLUM

Femme de 29 ans,

3 semaines après l'accouchement, présente des douleurs lombo-sacrées persistantes, plus accusées en position debout.

L'U.P.R. montre une empreinte en gouttière caractéristique.

Pas de renseignements sur le traitement.

6 - BLUM

Malade de 38 ans, adressée pour douleurs lombaires droites.

Avait été soignée six mois plus tôt pour un E.O.A. du col de l'utérus stade III, par curie et radiothérapie.

Une U.I.V. montre une dilatation pyélo-calicielle, un fuseau lombaire droit - l'U.P.R. confirme une image de "defect" au niveau de L 4.

A l'intervention : il s'agit d'une grosse veine ovarienne droite envahie par une métastase du cancer du col.

7 - BLUM

Femme de 21 ans, ayant un passé de cystite, d'albuminurie, d'hématurie microscopique. Lors de sa première grossesse présente un épisode de pyélonéphrite sévère.

3 mois après son accouchement, fait une colibacillurie avec fièvre à 40° douleurs rénales droites et arthralgies. Ces signes reprennent lors d'une nouvelle grossesse un an plus tard. Une U.I.V. faite après l'accouchement montre une image de compression extrinsèque. L'intervention découvre une veine ovarienne comprimant l'uretère.

2 ans plus tard, lors d'une nouvelle grossesse, la malade ne présente aucun signe d'infection urinaire.

8 - BLUM

Douleurs lombaires apparues chez une malade de 32 ans, après une première grossesse.

L'urographie et l'urétéro-pyélographie objectivent une duplicité rénale bilatérale, mais alors qu'à gauche les uretères sont très fins jusqu'à la vessie, à droite les fuseaux lombaires sont fortement dilatés et se rejoignent au niveau d'un coude interne devant la première vertèbre sacrée. Le calibre de l'uretère pelvien unique est normal sur le cliché obtenu par voie rétrograde. On voit nettement une empreinte vasculaire extrinsèque à la hauteur de l'aileron sacré droit. On pratique l'ablation du demi-néphron supérieur avec son uretère jusqu'à la jonction et on sectionne la veine ovarienne qui adhère à l'uretère. Les douleurs disparaissent dès le lendemain.

L'urographie de contrôle post-opératoire montre une fonction satisfaisante du néphron restant; l'uretère lombaire reste encore dilaté.

9 - CLARK

Femme de 23 ans, enceinte de 3 mois, ayant eu des antécédents d'avortements dus à une forte pyélonéphrite à 21 ans - présente une vive douleur de l'angle costo-lombaire avec fièvre et frissons.

L'U.I.V. montre un coude de l'uretère et une dilatation de l'uretère moyen.

Un cathéter passé à 17 cm et laissé en place 7 jours amène une amélioration.

A l'intervention, on trouve une veine ovarienne droite nettement anormale, comprimant l'uretère au niveau de S₁.

Résection de la veine.

La malade est renvoyée 8 jours plus tard avec les urines claires.

La fin de la grossesse se passe sans incident, une U.I.V. après accouchement montre un uretère pratiquement normal.

La malade a eu depuis 2 grossesses normales.

10 - CLARK

Femme enceinte de 4 mois présentant une douleur vive à l'angle costo-vertébral et de la fosse iliaque droite.

Une U.P.R. fut pratiquée - montre une dilatation du bassinet, des calices et de l'uretère.

Une pose de cathéter pendant 14 jours améliore considérablement l'état de la malade et permet d'attendre le terme.

Après l'intervention, une veine anormale fut réséquée. La malade a eu depuis plusieurs grossesses normales.

11 - CLARK

Femme de 27 ans, présentant un passé de 2 avortements attribués à la pyélonéphrite.

Elle fut traitée avec succès, lors de sa 3eme grossesse, par antibiotiques.

Après l'accouchement, une U.P.R. montre une dilatation du rein, du bassinet et de l'uretère typique du syndrome de la veine ovarienne.

La veine ovarienne fut réséquée.

Néphropexie pratiquée.

2 grossesses ont eu lieu depuis sans aucune complication urinaire.

12 - CLARK

Femme célibataire de 24 ans souffrant depuis plusieurs années de la fosse iliaque droite (une appendicectomie avait été pratiquée sans succès).

Les symptômes semblaient empirer entre l'ovulation et la menstruation.

A l'U.P.R. un "defect" au niveau de l'uretère droit fut observé.

A l'intervention on trouva l'uretère comprimé par une veine ovarienne, la veine fut réséquée. La guérison fut complète et les symptômes disparurent.

Cette observation est l'une des seules dans laquelle la malade ne présente pas d'histoire de grossesse préalable.

13 - CLARK

Femme de 28 ans, souffrant de crises urinaires à répétition depuis son accouchement deux ans auparavant.

L'U.I.V. montre une dilatation modérée du rein droit .

L'U.P.R. montre une dilatation du bassin et de l'uretère, une image de défaut au niveau de S 1.

Le diagnostic de syndromes de la veine ovarienne droite fut porté.

A l'intervention, le diagnostic fut confirmé.

Une U.P.R. de contrôle effectuée 9 mois plus tard montra le retour à la normale du rein et de l'uretère.

14 - CLARK

Femme de 30 ans, souffrant d'infection urinaire récidivante depuis sa seule grossesse, survenue 10 ans plus tôt. De nombreuses dilatations uré-
térales étaient restées sans effet.

L'U.I.V. posa le diagnostic de syndrome de la veine ovarienne droite.

L'intervention fut pratiquée.

Depuis l'opération, la malade ne présente plus aucun symptôme.

Une U.I.V. pratiquée montra que le rein était revenu à la normale.

15 - CLARK

Un cas de syndrome de la veine ovarienne sur le côté gauche.

Femme multipare admise pour vomissements répétés, perte de 18 kg et faiblesse généralisée.

L'étude des antécédents montra qu'elle avait souffert d'infection urinaire tout le long de ses 3 grossesses.

L'U.I.V. montra quelques irrégularités du milieu de l'uretère gauche.

L'U.P.R. montra une angulation et un rétrécissement au niveau de S1 sur 3 centimètres environ.

Une dilatation par cathéter fut sans effet.

L'intervention montra une grosse veine ovarienne aberrante croisant l'uretère au niveau de S1. La veine fut complètement enlevée.

Les suites opératoires furent entièrement satisfaisantes. Les vomissements s'arrêtèrent et l'état de la patiente devint entièrement normal.

Vu le Président de Thèse

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. ABOULKER

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- BLUM E.,

Annales chirurgicales 1967, vol.21, n° 15-16, 17-18.

- BLUM E., BADER P.

Le syndrome urologique de la veine ovarienne droite.
Société de Médecine de Strasbourg 29 mai 1965,
Strasbourg Med. 1965, 16, n° 8, 705-706

- CAMPBELL M.F.

Vascular obstruction of ureter in children
Am. Journal of surgery 22 - 527

- CHARLET L., CIBERT J., GERDIL R.

Compression de l'uretère au dessous de la jonction urétéro-
pyélique par vaisseau de situation anormale.
J. Urol. Med. Chir. 61 :510-514 (1955)

- CLARK J., CRAIG

The right ovarian vein syndrom.
Clinical urography Emmet T. II
Saunders company 1227, 1236

- COUVELAIRE R. et PATEL J.

Nouveau précis de pathologie chirurgicale.
Vol. I, p. 170-276,
Masson Paris 1957

- DIEULAFE L. et DIEULAFE R.

La vascularisation de l'appareil génital de la femme.
Rapport présenté au 3eme Congrès de Gynécologie.
Revue française de gynécologie et d'obstétrique.
Mai 1935.

- EISENDRATH D.N. and STRAUSS D.C.

Jour. Amer. Med. Assoc. 55 - 14 75, 1910

- GREENE L.F., PRIESTLEY S.T., SIMON H.B. and HEMPSTEAD R.H.

Obstruction of the lower third of the ureter by anomalous blood vessels.

J. Vol. 71, 544, 548 (1958)

- HARLIN H.C. et HAMM F.C.

J. Urol. 68 383 (1952)

- HUMMER G.L.

Chronic urethritis and chronic uteritis caused by tonsillitis

J. Am. Med. 56 - 67 (1911)

- HELLSTROM J.

Ztschr. J. Urol. Chir. 39, 160, 1934

- HYAMS J.A.

Aberrant blood vessels as a factor in lower ureteral obstruction preliminary report.

Sur. Gen. Obs. 48, 474, 478 (1929)

- LEFEBVRE J.

Action des radiations sur le foetus.

Ann. de Pédiatrie août - septembre 1961

- LEVY - SOLAL E., DALSACE J., MIRASCHI R., SOLOMON I.

Pyélographie au cours de la gestation.

Rapport à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris

7 avril 1930

- MAYO W.S., BRAASCH W.F. and Mc CARTY W.E.

Jour. Amer. Med. Assoc. 52, 1383-1909

- MICHON

Urographies prises au cours et après grossesse.

J. Urologie Janv. Fév. 1943, 51, n° 1-24

- MOONEN WA DEGROOTE F.

La maladie de l'uretère droit, anomalie ou séquelle d'une infection ?

Urol. Int. 1963, 15, 129, 141

- ROUJAS F.

Thèse 1965.

- ROUVIERE

Précis d'anatomie humaine.

- RUSSEL L.C.

The effect of radiation on normalian prenatal development.
1954

- SCHREILEER M.

Ureteral stricture - anatomical and pathologie black-ground,
based upon the findings in one hundred consecutive autopsies.
Sur. Gene. Obst. 45, 423 (1927)

- SESBOUE

- Thèse 1932

- VAN KEEBERGER G.

La maladie de l'uretère droit (disease of the right ureter)
J. Int. coll. Surg. 1961, 35, 801-802

- YOUNG, HUGH H.

Surg. gynec. et Obst. 54, 26 - 1932



EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13^e
TELEPHONE
535: 18-93
535: 18-62